

# Опыт применения Фунготек в амбулаторном лечении микозов стоп

Синица В. И., Синица П. В.

Кировоградский ОКВД

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ФУНГОТЕКУ В АМБУЛАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ МІКОЗІВ СТУПЕНЬ

Синица В. І. Синица П. В.

Проведено оцінку ефективності препарату Фунготек при комплексному лікуванні 75 хворих на мікози ступень. Зроблено висновок про високу ефективність препарату Фунготек та більшу доступність лікування цим препаратом, яка дозволяє попередити подальше поширення мікозу.

## EXPERIENCE OF FUNGOTEK USE IN AMBULATORY TREATMENT OF TINEA PEDIS

Sinita V. I., Sinita P. V.

An efficacy evaluation of Fungotek in the complex therapy of 75 patients with tinea pedis has been given. The conclusion about Fungotek high efficacy and greater availability of treatment by this drug, which enables preventing further dissemination of the mycosis, has been drawn.

Рост числа грибковых заболеваний среди населения обусловлен следующими причинами [1-4]:

- снижением сопротивляемости макроорганизма в связи с неблагоприятной экологией;
- приемом антибиотиков, гормональных средств;
- старением населения;
- недостатками профилактической работы.

Необходимость лечения микозов стоп связана с тем, что больной представляет эпидемическую опасность для окружающих, в первую очередь, членов своей семьи; ухудшается качество его жизни, осложняется течение многих заболеваний; возможно развитие аллергии, в том числе микотической экземы и осложнений.

По данным ВОЗ, каждый пятый житель нашей планеты инфицирован грибами, а каждый десятый страдает грибковыми заболеваниями кожи и ее придатков. В Украине 30 % населения болеет микозами. Наиболее распространенными в нашем регионе дерматомикозами являются поражения грибками кожи и ногтевых пластинок кистей и стоп.

В настоящее время многими исследователями считается, что тербинафин является золотым стандартом в лечении онихомикозов.

В проводимом нами исследовании Фунготек (тербинафин) был выбран, поскольку это пре-

парат широкого спектра действия на грибки, обладающий высоким профилем безопасности, отличающийся отсутствием взаимодействия с другими лекарственными препаратами. Фунготек активен относительно таких дерматофитов, как:

- грибы рода *Trichophyton*:

- 1) *T. rubrum*;
- 2) *T. mentagrophytes*;
- 3) *T. tonsurans*;
- 4) *T. verrucosum*;
- 5) *T. violaceum*;

- *Microsporum canis*;

- *Epidermophyton floccosum*.

В невысоких концентрациях тербинафин обладает фунгицидным действием относительно дерматофитов, плесневых грибов (*Aspergillus*, *Cladosporium*, *Scopulariopsis brevicaulis* и др.) и некоторых диморфных грибов. Воздействие его на дрожжеподобные грибы рода *Candida* и их формы может быть фунгицидным или фунгистатическим, в зависимости от вида гриба. По данным некоторых исследователей, тербинафин также активен относительно грибов рода *Malassezia* – возбудителя разноцветного лишая.

Тербинафин нарушает происходящий в грибах биосинтез эргостерола путём ингибирования фермента скваленэпоксидазы, расположенной на клеточной мембране гриба. Это приводит

к дефициту эргостерола и внутриклеточному накоплению сквалена, что и вызывает гибель клетки гриба.

После однократного приема тербинафина внутрь в дозе 250 мг максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается через 2 часа и составляет 0,97 мкг/мл. Препарат хорошо абсорбируется при пероральном приёме (около 70 %), биодоступность составляет 40 %. Тербинафин хорошо связывается с белками плазмы крови (99 %), быстро проникает в дермальный слой кожи и накапливается в роговом слое кожи и ногтевых пластинках, обеспечивая фунгицидное действие. Быстро проникает в секрет сальных желёз, приводя к образованию высокой концентрации в волосяных фолликулах, волосах, коже, подкожной клетчатке.

Известно, что тербинафин трансформируется в печени с образованием неактивных метаболитов; приблизительно 70 % принятой дозы выводится с мочой. Период полувыведения препарата составляет приблизительно 17 часов. Он не кумулируется в организме. Проведенными ранее исследованиями не выявлено изменений концентрации тербинафина в зависимости от возраста.

Под нашим наблюдением находилось 75 больных (51 мужчина и 24 женщины в возрасте от 20 до 65 лет), у 25 из них были поражены ногтевые пластины. По клиническим формам микоза стоп больные распределились следующим образом:

- стёртая форма – 15 больных;
- сквамозная – 32;
- интертригинозная – 11;
- дисгидротическая – 17 больных.

Окончательный диагноз дерматомикоза устанавливался после проведения микроскопической диагностики. Материалом для микроскопической диагностики служили чешуйки и корочки при соскобе с участков поражения кожи. Материалы исследовали в неокрашенных препаратах, предварительно обработанных в 20-процентном растворе щелочи (KOH). Перед началом лечения также проводился клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови.

Больные онихомикозом принимали Фунготек по 250 мг (1 табл.) в сутки; курс лечения:

- онихомикоза кистей - 6 недель;
- онихомикоза стоп - 12 недель.

Профилактика побочных эффектов со стороны ЖКТ состояла в рекомендациях пациентам

исключить продукты, вызывающие метеоризм (черный хлеб, бобовые, молоко, капусту).

После окончания лечения всем больным проводилась контрольная микроскопия; при положительном результате лечение продолжалось еще 4 недели.

По мнению К. И. Разнатовского [3], продолжительность лечения онихомикозов в основном определяется скоростью отрастания ногтевой пластинки. В нашем исследовании было установлено, что если на 11-12-й неделе зона роста с конца ногтевой пластинки составила менее 3-4 мм, то лечение Фунготексом следует продолжить.

В случае положительной микроскопии по окончании лечения или отсутствия достаточного клинического эффекта, было рекомендовано лечение не проводить, а спустя 6 месяцев сделать повторный микроскопический контроль. При его положительных результатах следует удалить ногтевую пластинку и повторить курс лечения Фунготексом.

Микологическое излечение по окончании курса терапии было отмечено у 85 % больных, в посттерапевтическом периоде достигая через 6 месяцев 95 %, что соответствовало результатам *Lion*-исследования и другим [2, 3].

Наличие посттерапевтического дополнительного эффекта объясняется тем, что тербизил в ногтях сохраняется не менее 30 недель после окончания приема препарата благодаря своим липофильным и кератофильным свойствам [4].

Монотерапию больных микозами стоп проводили 1-процентным кремом Фунготек 1 раз в сутки (вечером). Пациенты наносили, слегка втирая, крем на участки поражения из расчета до 1 см<sup>3</sup> крема на поверхность площадью с ладонь. Длительность терапии составляла 3-4 недели. Обувь дезинфицировали 25-процентным раствором формалина еженедельно. Клиническую эффективность оценивали по следующим критериям:

- клиническое выздоровление – полное отсутствие всех исходных симптомов заболевания;
- микробиологическое выздоровление – отсутствие возбудителя в патологическом материале (соскобах из очагов поражения);
- клиническое улучшение с частичным присутствием симптомов заболевания;
- отсутствие эффекта.

Переносимость препарата была хорошей, случаев индивидуальной непереносимости не было.

Следует отметить высокую комплаентность местной терапии за счет хорошей впитываемости крема, экономичности и удобства в применении (1 раз в сутки).

Наблюдалось отсутствие клинических симптомов заболевания:

- зуда кожи стоп - на 5-6-й день лечения;
- покраснения, шелушения - на 7-8-й день.

У пяти пациентов отмечалось незначительное жжение в месте нанесения препарата, проходящее самостоятельно через 3-5 мин.

После проведенного 4-хнедельного курса лечения отмечено:

- клиническое выздоровление - у 69 (92 %) пациентов;
- значительное улучшение - у шести (8 %);
- микробиологическое выздоровление - у 72 (96 %) пациентов;

У трёх пациентов грибки микроскопически

выявлены в соскобах; данным пациентам проведено дополнительное лечение до 6 недель, которое привело к выздоровлению.

У пациентов наблюдаемой группы по окончании курса лечения изменений в лабораторных показателях крови и мочи не отмечено.

В дальнейшем необходимо рекомендовать пациентам соблюдать меры по профилактике повторного заражения. При всех методах терапии микоза стоп и онихомикоза обязательно проводится дезинфекция обуви 1 раз в месяц, до отрастания здоровых ногтей, с использованием дезинфицирующих растворов хлоргексидина биглюконата или 25-процентного раствора формалина.

На основании изложенного выше нами был сделан вывод о том, что применение препарата Фунготек (таблетки, крем) высокоэффективно и безопасно в лечении микозов стоп.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Коляденко В.Г.* Сучасні уявлення про патогенез та лікування мікозів // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2006. - № 3 (04). - С. 14-19.
2. *Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А., Безрученко И.А.* Новые возможности в лечении грибковых поражений кожи // УЖДВК. - 2008. - № 3. - С. 80-82.
3. *Разнатовский К.И., Котрехова Л.П., Ляшко А.К.* Современные данные об этиопатогенезе и комплексной терапии дерматомикозов (онихомикозов) // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2005. - № 1. - С. 59-61.
4. *Пашинян А.Г.* Терапия микозов // Клиническая дерматология и венерология. - 2009. - № 3. - С. 62-66.